# Infección por virus influenza AH1N1: Un nuevo desafío para enfermería

Lic. María Cristina Malerba

El virus influenza A (H1N1), puede incluirse dentro de las denominadas nuevas enfermedades emergentes. En contraste con la influenza estacional, que afecta entre el 5 y 20% de la población, una pandemia por este virus puede afectar hasta el 50% de la misma, ocasionando mayor número de muertes, desorden social con posible colapso de los servicios médicos y de seguridad y grandes pérdidas económicas. Los casos suelen aumentar rápidamente[1].

Como profesionales de la salud en el área materno infantil, urge movilizar o formar parte en cada localidad o región de programas de protección de las embarazadas, madres y recién nacidos.

En las fases iniciales de una epidemia, las decisiones adecuadas, permiten evitar una expansión mayor de la enfermedad. Actualmente (julio de 2009), la propagación de la misma requiere medidas más drásticas, ya que existen elementos que permiten afirmar su gravedad.

En primer lugar, el virus tiende a afectar a embarazadas, a gente joven y sana, con alta tasa de hospitalización.

Además la inmunidad contra esta nueva cepa es escasa, y cabe esperar casos más graves que los habituales, teniendo en cuenta que en países con menores recursos sanitarios, la virulencia es mayor.

En nuestro país, el déficit de la atención sanitaria, con sus enormes contrastes regionales en la distribución de recursos, no se limita solamente al hecho que la población tenga o no cobertura médica. Ésta se traduce en la mayor vulnerabilidad de las poblaciones excluidas.

En estos momentos la brecha de la desigualdad se hace protagonista por cuanto la pobreza estructural se manifiesta en la imposibilidad de las familias de brindar sostén en los procesos de salud y enfermedad de sus hijos.

Existen graves deficiencias en el primer nivel de atención con falta de programación local y fallas en la calidad de atención en las maternidades, sobre todo las situadas en zonas de difícil acceso, las cuales deben aún dotarse de recursos para la atención de un parto seguro y las derivaciones organizadas a instituciones de mayor complejidad de las embarazadas y neonatos de alto riesgo[2].

En el sector público argentino, aproximadamente el 20% de las embarazadas no controlan nunca su embarazo, y en la mayoría de las provincias el número de controles está por debajo de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); sólo el 25% de las mujeres consultan en el primer trimestre[3].

La combinación de urgencia, incertidumbre y costos sanitarios, hacen complejos los esfuerzos para controlar esta infección[4].

Los servicios de Obstetricia y de Neonatología argentinos evidencian grandes falencias en condiciones de demanda normal. El déficit de recursos de enfermería, de capacitación y actualización adecuadas, la falta de insumos, la precarización de las condiciones de trabajo del personal, tienen una relación directa con las causas de mortalidad materna y neonatal.

¿Cómo enfrentar entonces en este marco deficitario de atención perinatal previa, una situación emergente como la actual? ¿Cómo proteger a la población más vulnerable de las Maternidades y Servicios de Neonatología?

Y, ¿cómo protegernos en este marco, como trabajadores de la salud y miembros de una comunidad?

“El cuidado comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los usuarios, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros.

Para crear cuidados personalizados es preciso obtener toda la información sobre el paciente, la familia y su entorno haciendo un análisis reflexivo de los datos obtenidos que permitan producir diagnósticos enfermeros y desarrollar el proceso de atención de enfermería fundamentado en concepciones de la disciplina”[5].

Es entonces, fundamental, en momentos de crisis, brindar contención con medidas claras y accesibles a la mayoría.

Recomendaciones para embarazadas y puérperas con gripe[6]

En el primer trimestre de embarazo, este virus puede provocar defectos del tubo neural y asociarse con otros defectos del recién nacido. Si la infección ocurriera durante el parto, existen riesgos para el recién nacido: convulsiones, parálisis cerebral, encefalopatía y muerte.

**En estos casos se indica:**

- Lavado de manos, evitar el contacto con enfermos en el hogar, a fin de disminuir el riesgo de infección.
- Si la embarazada, trabaja en contacto directo con pacientes infectados por virus de influenza A, sospechosa o confirmada, debe ser trasladada a un sector donde no se exponga o como actualmente se implementó, la licencia con goce de sueldo.

**En caso de estar internada:**

- Aislamiento respiratorio y de contacto, en habitación cerrada.
- Mantener el bebé dentro de la habitación, a una distancia respetable, aproximadamente 2 metros si fuera posible.
- Facilitar que ambos permanezcan en el mismo ambiente, permite elaborar y transferir elementos antivirales inespecíficos, y luego de la exposición, anticuerpos específicos para los gérmenes prevalentes en su leche.
- Evitar traslados del bebé dentro de la institución que favorezcan los contactos con los virus en distintos ámbitos como pasillos, salas de espera y ascensores.

Antes de amamantar al recién nacido, seguir la secuencia:

- Realizar lavado de manos.
- La madre se colocará el camisolín abierto hacia adelante.
- Se colocará barbijo.

- Realizar nuevamente lavado de manos o alcohol gel.
- La madre se trasladará junto a la cuna del bebé para alimentarlo.

Las medidas de aislamiento se deben mantener hasta 7 días después de comenzados los síntomas.

En todo momento se tendrá en cuenta la protección del vínculo madre–hijo, verdadera garantía de la salud futura del niño.

**Recomendaciones para el cuidado de recién nacidos**

- Las madres deben ser alentadas a dar el pecho en forma precoz y frecuente después del parto para que el bebé pueda recibir tantos anticuerpos como sea posible.
- Si a una madre se le diagnostica la gripe A en el puerperio, la exposición del niño ya ha ocurrido, por lo que el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), recomienda que continúe amamantando para proteger al recién nacido en los primeros meses de vida.
- El tratamiento con antivirales no contraindica la lactancia[7].
- Si una madre está muy enferma como para amamantar, se recomienda que se extraiga leche para que se le administre a su bebé.
- Si el niño tuviera enfermedad respiratoria, en tanto se mantenga la alimentación por succión, es aconsejable sostener e intensificar la lactancia materna.
- A través de la leche materna el niño recibe protección en una amplia gama de elementos inmunológicos humorales y celulares de la leche, pero también inmunomodulación a través de factores que favorecen su propia respuesta inmunitaria.
- Por otro lado el niño al mamar, recibe confort, afecto y protección materna en esta situación de estrés.
- En caso de suspender la ingesta oral por dificultad respiratoria, se suspendería temporariamente la lactancia y debe sugerirse a la madre que se extraiga leche para administrarla por sonda.
- En caso de que el niño pueda alimentarse por vía oral, se describe mejor tolerancia de la ingesta por succión directa al pecho que por biberón, ya que coordina mejor los tiempos de succión-deglución-respiración.
- Existe evidencia científica que las enfermedades respiratorias en pediatría son más leves, de más corta evolución y con menores complicaciones si el niño se alimenta o se alimentó con leche materna y más aún, si lo hace en forma exclusiva hasta los seis meses.
- Si el niño tomara fórmula láctea y lactancia materna, es aconsejable aumentar la frecuencia de lactancia y minimizar la oferta de otra leche, que no le aporta inmunoprotección, en tanto se pueda garantizar el volumen de leche requerido.
- La leche de fórmula, provoca alteración de la flora intestinal del lactante y posible microhemorragias intestinales que facilitan el eventual pasaje viral[8].
- Debe hacerse restricción del ingreso de toda visita que no sean los padres del bebé.
- En el caso de un recién nacido reingresado cuyos padres estén enfermos o deban ausentarse, se identificará en el entorno familiar a la persona sana que actúe como cuidador.
- Si el bebé se encuentra dentro de la Unidad de Neonatología, las visitas también deberán restringirse a los padres sanos, no pudiendo ingresar durante la pandemia abuelos y hermanos.
- Se recomienda vacunación con vacuna antigripal a todo el personal y padres de niños internados en Neonatología. Si bien no cubre de la enfermedad por Gripe A, evita las complicaciones por influenza estacional.
- En todos los casos se mantendrán las precauciones universales que incluye el lavado de manos. Se realizará aislamiento respiratorio y de contacto del bebé en su unidad, incubadora o habitación, si estuviera infectado o se sospechara la infección.

Es necesario hacer una mención especial a los egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que constituyen un grupo de riesgo elevado.

Ellos son:

- Los recién nacidos pretérminos menores de 28 semanas de gestación, que tengan al momento del invierno y comienzo de la pandemia, menos de 12 meses de edad.
- Los recién nacidos pretérminos de 29 a 32 semanas, que tengan menos de 6 meses de edad al momento del invierno y comienzo de la pandemia.
- Los nacidos entre las 32 y 35 semanas de gestación con los siguientes factores de riesgo:
  - Edad postnatal menor a 10 semanas al comienzo de la estación invernal
  - Alimentación artificial o lactancia menor de 2 meses
  - Hermanos convivientes en edad escolar
  - Asistencia a jardín maternal
  - Familiares directos con gripe y/o asma
  - Condiciones habitacionales de hacinamiento
- Menores de 2 años con displasia broncopulmonar.
- Menores de 2 años con cardiopatía congénita[9].

En los países en vías de desarrollo, además del riesgo biológico, propio de los recién nacidos pretérminos que egresan de una terapia intensiva neonatal, debe tenerse en cuenta el riesgo social, por cuanto un importante porcentaje de estos niños pertenecen a familias en situación de pobreza[10].

Como enfermeros, en contacto directo y permanente con las familias, es importante estar atentos para detectar a los pacientes de alto riesgo de enfermar en su hogar, por déficit de atención y cuidados adecuados.

Es necesario buscar aliados en los profesionales de área psicosocial, (psicólogos, trabajadores sociales), a quienes derivar los problemas detectados, cuando las complicaciones aún puedan ser prevenidas.

**Recomendaciones para el personal sanitario que asiste a pacientes infectados con el virus de la influenza AH1N1**

Es necesario que todo el personal afectado a la atención de pacientes con patología respiratoria, con sospecha o confirmación de cursar infección de gripe A, cumplan las precauciones necesarias para evitar el contagio.

Según el CDC, los principales argumentos del personal sanitario para no adoptar las medidas de protección adecuadas son:

1) Suposición de que estas prácticas no son necesarias o son inconvenientes o engorrosas.
2) Falta de elementos de protección.
3) Falta de entrenamiento en el control de la infección.
4) Incapacidad para proveer medidas sistemáticas y eficaces para la seguridad del personal.
5) Incapacidad para identificar pacientes y actividades que justifiquen las prácticas de prevención[11].

Se debe destacar la necesidad de mantener una fuerte adherencia a las estrategias para prevenir el contagio del virus

H1N1 en ámbitos sanitarios. Las estrategias incluyen controles administrativos (clasificación y aislamiento de los pacientes infectados), provisión de elementos de protección, entrenamiento y educación en el uso de estos elementos, identificación del profesional enfermo y su exclusión de la actividad laboral.

**La mejor medida de protección para el personal de salud es adoptar las medidas de bioseguridad**

• Los barbijos descartables son el método de barrera adecuado para el personal de salud.

• Se debe proveer barbijos al personal de limpieza y alimentación, técnicos de laboratorio, interconsultores, técnicos de rayos, personal de mantenimiento, y a toda persona que deba ingresar dentro de la UCIN o de las habitaciones para una tarea específica.

• El personal que permanece en atención directa de pacientes respiratorios realizando maniobras que produzcan aerosoles (kinesiólogos, terapistas, médicos que intuban pacientes, enfermeros de asistencia continua a estos pacientes), usará barbijo N95 (barbijo de alta densidad), que luego guardará en bolsa con nombre, desechándolo cada 7 días o antes si se humedece o rompe.

• En caso de ingresar a la habitación de un paciente infectado, y no tener contacto directo con fluidos, puede usarse el barbijo común. Se usará barbijo doble, en caso de que la institución no provea como corresponde el N95.

• Los barbijos N 95, correctamente utilizados pueden ayudar a reducir la exposición por inhalación de ciertos tipos de partículas biológicas. Sin embargo su uso no garantiza que exista una eliminación absoluta del riesgo de la infección, ya que puede contagiarse por el contacto de fluidos en boca, nariz y ojos.

• Para quitar y desechar correctamente un barbijo hay que tener en cuenta que:

- La parte frontal del barbijo está contaminada.
- Desatar o cortar las cintas de la parte inferior y después las de la parte superior, y retire el barbijo tocando únicamente las cintas.
- Desecharlo correctamente. Es recomendable introducirlo en una bolsa de plástico, que a continuación deberá cerrarse bien. Esta bolsa puede tirarse con la basura doméstica normal.
- Después de quitarse el barbijo, lavar las manos con agua y jabón o con alcohol gel.

El virus de la influenza puede sobrevivir en superficies no porosas durante 24 horas o más, pero en cantidades suficientes para el contagio humano, puede sobrevivir durante períodos más cortos. A pesar de que se desconoce la importancia relativa de la transmisión del virus desde los objetos inanimados a los seres humanos en la diseminación de la influenza, el contagio por la transmisión del virus desde las manos a las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca es muy probable. Por lo tanto el lavado de manos es una medida sencilla que hay que realizar con técnica adecuada.

• **Lavado de manos:**

- Humedezca sus manos con agua corriente limpia y aplique jabón.
- Utilice agua tibia de ser posible. Frótese las manos para hacer espuma y restriegue todas las superficies. Continúe frotándose las manos durante 20 segundos.
- Enjuáguese bien las manos bajo el chorro de agua.
- Séquese las manos con una toalla de papel.
- De ser posible, utilice la toalla de papel para cerrar el grifo.
- Recuerde: si no dispone de agua y jabón, utilice gel para manos a base de alcohol.
- Cuando utilice un gel para manos a base de alcohol, aplique el producto en la palma de la mano y frótese las manos. Frote el producto por todas las superficies de las manos y los dedos hasta que sus manos se sequen. (http://www.cdc.gov/cleanhands)
- Uso de guantes desechables no esterilizados:
- Deben utilizarse para el cuidado del paciente en aislamiento de contacto (sospecha o confirmación de padecer gripe A).
- Nunca lave o reutilice los guantes.
- Deséchelos envueltos en sí mismos, del reverso, en el recipiente de residuos de la misma unidad o habitación del paciente, evitando tocar la cara o superficies.
- Al sacarse los guantes vuelva a lavarse las manos.

• **Protección de los ojos:**

- Evitar las actividades en las que se puedan generar partículas contagiosas. Puede necesitar protección para los ojos, como una máscara o gafas protectoras, si es probable que haya salpicaduras, durante la intubación, aspiración de secreciones o kinesioterapia.
- Las gafas o máscara quedarán en la unidad de paciente.
- Limpieza de rutina con agua y jabón o detergente para eliminar la suciedad y materia orgánica, seguida del uso de desinfectantes.
- Deberá proveerse de material de limpieza e instrucción en el manejo de las áreas infectadas al personal afectado a tal fin, con la protección adecuada.
- Reducir la cantidad de partículas de virus de la influenza en una superficie mediante estos pasos puede disminuir las probabilidades de la transmisión del virus por contacto manual.
- El virus de la influenza es susceptible a la inactivación por numerosos desinfectantes químicos ampliamente disponibles.
- Una vez que el paciente se haya retirado o trasladado y antes de la limpieza, se puede renovar el aire mediante la ventilación del lugar[12].
- Las actividades de limpieza deben ser supervisadas e inspeccionadas periódicamente para asegurar que se realicen correctamente.

Todos los esfuerzos serán capitalizados para mejorar la salud de la población. La influenza, la tuberculosis, el mal de Chagas, la creciente desnutrición de los sectores más vulnerables, los hace susceptibles a enfermar gravemente, a hacer de los niños, adultos menos capaces. A nosotros, que cuidamos de madres y de recién nacidos, nos corresponde pensar en el futuro.

Para ello es necesario:

- **Equidad** en el acceso y en la cobertura.
- **Cooperación** en todo proceso de inclusión de otros, de las diferencias y de los diferentes.
- **Interculturalidad** que conlleva el dialogo de pares, de culturas y de saberes.
- **Pertinencia** con la realidad social del país y en ello tener en cuenta que la **educación es más un espacio de la ética que del mercado.**

- Compromiso del Estado, de las autoridades y de la comunidad académica en el mejoramiento de los programas [13].

Finalmente, González A, dice ..."en la continua superposición de lo urgente sobre lo importante, que se presenta, solo en apariencia, como excluyentes, resida quizá la encrucijada que ha marcado las políticas sanitarias en la Región de América Latina, donde lo urgente termina siempre reemplazando a lo importante"[14].

Como aspecto fundacional de las profesiones de la salud, donde la equidad y la solidaridad debe ser nuestro propósito, hagamos de esta circunstancia dolorosa que transitamos, una fortaleza, que nos permita cuidarnos y cuidar de quienes más lo necesitan.

## Referencias

(1) Documento de SAP-SADI, junio 2009

(2) Speranza A, Subsecretaría de Salud Comunitaria, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2008.

(3) Sarrasqueta P, Bellani P. Archivos Argentinos de Pediatría, pág. 218, 103 (3), 193-288, junio de 2005.

(4) Lipstich M, Rileys S, Cauchemez S, et al, NEJM, May 28, 2009

(5) Malvárez S, Castrillón Agudelo, M. Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina, OPS, Washington DC, 2005.

(6) Vázquez L, Influenza A H1N1 en pacientes embarazadas y puérperas, Sanatorio de la Trinidad Palermo, 29 de junio de 2009.

(7) Hale, Thomas: Medications and Mothers' Milk, Ed. 2004

(8) Recomendaciones de Subcomisión de Lactancia Materna, SAP, junio ,2009

(9) Quiroga A, Infecciones respiratorias en el período neonatal: cuidados de enfermería. Revista de Enfermería Neonatal, año 001, Nº 002, julio 2007.

(10) Bauer G, Dussel V, Fariña D, Rodriguez S. Infección por virus sincicial respiratorio en poblaciones vulnerables. Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (3): 193-288, junio 2005.

(11) Harriman K, Rosenberg J, Robinson S, et al, MMWR 2009;58:641-645.

(12) Para obtener más información general sobre la desinfección de superficies ambientales, vea las "Guías para el Control de las Infecciones Ambientales en Instalaciones de Atención Médica" del Comité Asesor sobre Prácticas de Control de Infecciones en la Atención Médica (HICPAC, por sus siglas en inglés)
CDC, disponibles en: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_environinfection.html

(13) Malvárez S, Castrillón Agudelo,M. Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina, OPS, Washington DC, 2005.

(14) Gonzalez M A. Entre lo urgente y lo importante en salud . Revista del Hospital M infantil R Sardá, vol 22, Nº 001, 2003.